

CARTAS AL DIRECTOR

menor, ya que escalas como SERVQUAL no se ajustan, lo que dificulta la comparación de los resultados con otros artículos^{1,2,5}. Aun así, nuestros resultados son similares a los referidos por otros estudios.

El porcentaje de mujeres es similar a los obtenidos por Berenguer¹ y Estopà². Casi un 75% considera poco el tiempo de espera en nuestro trabajo, mientras que lo hizo un 82,25% para Estopà². Más del 55% de nuestros pacientes fueron intervenidos en menos de un mes, mientras que la espera es de más de un año en el centro hospitalario de referencia. La mayoría de los pacientes volverían a intervenir (el 96% para Berenguer¹ y el 79,1% para Estopà²). Cerca del 95% refiere que se les atendió bien o muy bien, porcentaje similar al 99% encontrado por Estopà² y al 58% de López Santiago⁶. La satisfacción global se puede considerar alta, con poca espera, los resultados estéticos son buenos y un elevado porcentaje de pacientes repetiría.

**Sara Louise Gómez Langley^a,
Francisco José Sánchez Laguna^b,
Álvaro Portero Bolaños^c
y Ruth Martín Blanco^c**

^aMedicina de Familia y Comunitaria.
Centro de Salud de La Puebla de Cazalla.
Área Sanitaria de Osuna. Sevilla. España.

^bMedicina de Familia. Hospital Reina Sofía.
Córdoba. España.

^cMedicina de Familia. Área Sanitaria
de Osuna. Sevilla. España.

1. Berenguer Tarin MV, González Cano J, Aliaga Abad F. Estudio de satisfacción de los usuarios intervenidos de cirugía menor en un centro de salud. Centro de Salud. 2002;6:341-7.
2. Estopà Dueso J, Hernández Velasco MA. Cirugía menor en una consulta de APS. Encuesta de satisfacción de los usuarios. Revista de la SEMG. 2003;52:191-6.
3. Caballero-Martínez F. Cirugía menor en el centro de salud: situación actual y perspectivas de futuro. Aten Primaria. 2005;36:535-6.
4. Pérez Unanua MP, Alonso Sacristán P, Roíz Fernández JC. Evaluación de las actividades de cirugía menor realizadas en el centro de salud. Medifam. 2002;12:72-4.
5. Tarraga López PJ, Celada Rodríguez A, Cerdán Oliver M, Solera Albero J, Ocaña López JM, López Cara MA. Cirugía menor en un centro de atención primaria rural: 2 años de experiencia. Medfam. 2003;13:295-8.

6. López Santiago A, Lara Peñaranda R, De Miguel Gómez P, Pérez López P, Ribes Martínez E. Cirugía menor en atención primaria: satisfacción de los usuarios. Aten Primaria. 2000;26:91-5.

A propósito de la técnica inhalatoria en asmáticos

Sr. Director: En relación con el interesante artículo titulado «Modificaciones del conocimiento en pacientes asmáticos sobre el uso de los inhaladores» de Lahori Ruiz et al¹ publicado en su Revista, quisiéramos añadir unos comentarios acerca de la importancia del cumplimiento terapéutico y de la técnica de los dispositivos de inhalación.

El adecuado cumplimiento de las órdenes de tratamiento prescritas a los pacientes y la correcta realización de la técnica de los distintos dispositivos de terapia inhalatoria continúan siendo una cuestión crucial en el tratamiento de los pacientes con asma bronquial, y se han postulado como factores influyentes en la evolución clínica en forma de aumento de la morbilidad^{2,3}. En este sentido, se ha descrito últimamente a un grupo de pacientes perteneciente al fenotipo de asma con compromiso vital (*near-fatal asthma*) que sería indistinguible del asma persistente leve-moderada en términos de función pulmonar e inflamación de las vías aéreas. El factor de riesgo que caracterizaría a este grupo de pacientes sería la reducción en el uso de la medicación corticoide profiláctica y un deficiente cumplimiento del tratamiento⁴.

En nuestro trabajo: «Proyecto SEGARIA»⁵, realizamos una evaluación de la cumplimentación terapéutica en los enfermos asmáticos controlados en nuestro servicio, así como la posible relación con la correcta técnica inhalatoria y el grado de conocimiento de su enfermedad. De los 54 pacientes estudiados, el 19% tuvo alguna forma de incumplimiento farmacológico. El porcentaje global de fármacos cuyo tratamiento no se

cumplió en este estudio fue de un 8%, cifra que comparada con los datos disponibles en la bibliografía médica podemos considerar un buen cumplimiento farmacológico.

El 44% de los pacientes no cumplidores presentaron una mala evolución clínica, y el 45% de los pacientes no cumplidores requirieron visitas adicionales a especialistas o a urgencias.

El 62,9% de los pacientes estudiados realizaron incorrectamente la técnica inhalatoria. El mayor porcentaje de fallos en la técnica inhalatoria se registró tanto en la apnea postinspiración como en la inspiración energética tras acoplar el dispositivo a los labios.

El Turbuhaler fue el dispositivo con el que se detectó un mayor incumplimiento (32,1%) y con el que hubo un mayor porcentaje de mala técnica (67,9%).

Flor et al⁶ detectaron que el 53,9% de los pacientes realizaban una técnica incorrecta, siendo las maniobras con mayor porcentaje de error la espiración previa a la inhalación, el mantenimiento de la apnea postinspiración y la espiración lenta tras la inhalación.

Creemos que la evaluación de la técnica inhalatoria, considerada como un potencial factor de fracaso terapéutico, junto con la cumplimentación, deberían hacerse por medio de un análisis por pasos, ya que permitiría identificar puntos negros concretos y, por tanto, oportunidades de mejora ante cada paciente individualizado.

**Javier Reyes Balaguer
y Ángel Campos Andreu**

Servicio de Alergia. Hospital Universitario
La Fe. Valencia. España.

1. Lahori Ruiz JR, Araujo Heredia T. Modificaciones del conocimiento en pacientes asmáticos sobre el uso de los inhaladores. Aten Primaria. 2007;39:325-6.
2. Horn CR, Clark TJ, Cochrane GT. Compliance of inhalatory therapy and asthma morbidity. Respir Med. 1990;1:67-70.
3. Carrión Valero F, Maya Martínez M, Fontana Sanchis I, Díaz López J, Marín Pardo J. Técnica de inhalación en los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. Arch Bronconeumol. 2000;36:236-40.
4. Romagnoli M, Caramoni G, Braccioni F, Barreiro E, Siafakas NM, Vignola AM,

Palabras clave: Técnica inhalatoria.
Cumplimiento terapéutico. Asma.
Alergia.

et al, and ENFUMOSA study group. Near-fatal asthma phenotype in the ENFUMOSA Cohort. Clin & Exper Allergy. 2007;37:552-7.

5. Campos A, Reyes J, Torres M. Therapeutic compliance among asthma patients in an allergy clinic: third evaluation (SEGARIA Project). Allergol Immunopathol (Madr). 2006;34:141-5.
6. Flor Escriche X, Rodríguez Mas M, Gallago Álvarez L, Álvarez Luque I, Juvanteny Gorgals J, Fraga Martínez MM, et al. ¿Siguen utilizando incorrectamente los inhaladores nuestros pacientes asmáticos? Aten Primaria. 2003;32:269-75.

Enseñar en sistemas «imperfectos»: la paradoja del aprendizaje en el límite

Sr. Director: Desde hace 2 años algunos médicos residentes de últimos años de formación han realizado una rotación docente en un pequeño hospital y centros de salud de El Alto, ciudad situada en el altiplano andino boliviano, caracterizada por presen-

Palabras clave: Docencia.
Residentes. Tercer mundo.

tar uno de los mayores niveles de pobreza de Latinoamérica.

Fruto de esta experiencia, desde cierta distancia, uno puede mirar desde el tercer mundo y surge la reflexión...

«¡Esto es un desastre! Me dejan sola, y además sin medios, sin “papeles”, con una patología desconocida para mí... Y cuando voy a buscar a mi tutor, ha desaparecido».

Ésta es la queja de «mi» residente en una de las rotaciones externas en un centro de salud público, seguida de la petición de suspender esta rotación y cambiarla por otra rotación mucho más «interesante», acompañada, formativa, más «segura», más «docente»...

Pero... ¿quién dijo que se aprende más de donde más se sabe...? ¿Quién dijo que se recibe más de donde más se tiene? Sin pretender reproducir los esquemas dominantes por estas tierras latinoamericanas donde se lanza al médico recién titulado a su año de provincias sin el más mínimo acompañamiento en zonas apartadas del campo, deberíamos plantearnos si los procesos de tutoría en España no están llegando a un cierto nivel de sobreprotección. ¡Nuestros residentes saben, saben mucho! Es realmente instructivo para nosotros aprender de ellos, y creo que también para todos los que tenemos un residente sentado al lado, en esa silla más incómoda que la nuestra y más cercana a la camilla de exploración. La falta de experiencia se com-

pensa con la cercanía temporal de rotaciones específicas en áreas que después manejamos en la consulta diaria de atención primaria... Sin embargo, sorprende encontrar médicos con amplios conocimientos que nos dicen que es la primera vez que pasan consulta solos, que nunca han hecho esto o aquello... La experiencia de la intemperie nos hace pasar frío, es verdad. Pero también nos hace buscar fuentes de calor. Es frecuente que descubramos en muchos aspectos de la vida que es en las «ausencias» donde surgen los deseos de algo más. El contacto cotidiano y la docencia en un sistema «bastante perfecto» como el nuestro (aun con sus imperfecciones), con medios, muy acompañado, siendo en lo fundamental muy positiva (la sabiduría de los tutores se transmite a los residentes), puede, también, inhibir iniciativas y propuestas.

Tendremos que buscar ese equilibrio madurador donde las potencialidades de nuestros residentes se puedan concretar en habilidades y actitudes sin abortarlas por una lejanía desinteresada, pero tampoco por una cercanía paternalista y asfixiante.

**Claudio Navarro Cañadas
y Olga Varela Pelarda**

Medicina de Familia. Centro Utasa. Adsis
Utaxama. El Alto. Bolivia.